

Las toxicomanías no alcohólicas en el DSM-III

ANDRES ROIG-TRAYER*, BEGOÑA FRADES-GARCIA**

RESUMEN

Se describe la 3.^a edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA, valorando sus innovaciones, diferenciándolo con la ICD-9, así como su utilización y aplicación clínica. Se realizan, asimismo, algunos comentarios críticos acerca de las categorías diagnósticas relativas a abuso de sustancias y trastornos mentales orgánicos provocados por éstas.

Se concluye que puede ser de utilidad su uso en la clínica, aunque algunas de las categorías precisarían de investigaciones futuras para su posible modificación.

PALABRAS CLAVE: DSM-III, clasificación, toxicomanías, abuso de sustancias, dependencia de sustancias, adicción.

SUMMARY

DSM-III 3thd is described, rating its innovations and differences from ICD-9, as well as utilization and clinic application. Some observations are made about diagnostic categories over substance abuse and his influence on organic mental disorders.

After that we come to the conclusion that DSM-III 3thd can be clinical useful, to make possible modifications on some categories will be necessary investigation an this categories.

KEY WORDS: DSM-III, classification, drug addiction, substance abuse, substance dependence, addiction.

Durante los últimos 20-30 años ha existido un interés creciente por la nosología psiquiátrica. Los motivos son claros: la necesidad de delinear grupos de pacientes con rasgos similares y distinguirlos de aquellos otros con rasgos diferentes es imprescindible no sólo para la investigación en el campo de la etiología, el tratamiento y el pronóstico, sino también para la enseñanza, la mejor comunicación entre los clínicos y para los servicios de planificación.

El gran desarrollo de la terapéutica a partir de los años 60 y la introducción de estudios epidemiológicos que precisan definiciones claras y categorías diagnósticas válidas,

han sido quizás los dos factores que más han contribuido a la elaboración de clasificaciones cada vez más válidas y fiables.

Una de estas clasificaciones es el DSM III (3.^a ed. del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA). Las razones del enorme interés que ha despertado esta publicación son múltiples. La introducción de una aproximación multiaxial para la evaluación clínica, la descripción más detallada de los diferentes trastornos, la introducción de algunas categorías adicionales, así como la exclusión de otras utilizadas tiempo atrás, son algunas de ellas.

* Médico Adjunto; ** Médico Residente. Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías. Hospital Psiquiátrico Provincial. Bétera (Valencia)

Antecedentes históricos

La primera clasificación de causas de muerte se publicó en 1893, pero fue de uso limitado en psiquiatría. No incluyó causas de morbilidad y sólo se reflejaron cuatro categorías de trastornos mentales: la deficiencia mental, la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva y «otros» trastornos mentales. El alcoholismo, la demencia senil... fueron incluidos en otros apartados.

La ICD-6 en 1949, incluyó por primera vez categorías tanto para la mortalidad como para la morbilidad, apareciendo además la primera sección independiente de trastornos mentales (sección V).

En 1952 apareció el DSM-I. Este fue el primer manual oficial de los trastornos mentales que contenía un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas. Al estar muy influido por la escuela psicobiológica de Meyer, el término reacción aparecía continuamente.

En 1968 entró en vigor la ICD-8, siendo ya una clasificación más completa de los trastornos mentales. En este mismo año se editó el DSM-II, cuyo desarrollo se había basado en la clasificación de la OMS.

En el año 74 la OMS elaboró un glosario de términos para usar conjuntamente con la ICD-8.

En 1977 apareció la ICD-9. Como innovación importante hay que destacar la incorporación de un glosario de términos como parte integrante de la sección de trastornos mentales. Este glosario no aparecía en otras secciones. El motivo es la dificultad de realizar el diagnóstico en psiquiatría, dada la falta de pruebas objetivas (laboratorio...).

En 1978 la APA elaboró la ICD-9CM, que era una modificación clínica para su utilización en USA.

En el año 80 apareció el DSM-III, compatible con las dos clasificaciones anteriores, en un intento de que existiera una uniformidad internacional en cuanto a clasificaciones. Otra de las metas era elaborar una clasificación más fiable, válida y clínicamente útil de lo que había sido el DSM-II.

Diferencias entre la ICD-9 y el DSM-III

Desde que se publicó el DSM-III en 1980 ha aparecido abundante literatura acerca de las diferencias entre éste y la ICD-9. En general, los autores coinciden en que las diferencias no son tantas como pudiera aparecer a

primera vista, siendo mayores éstas con sus predecesores. Las diferencias habría que buscarlas más bien respecto a sus distintos objetivos. El DSM-III está elaborado con la intención de ser usado por los clínicos e investigadores, mientras que la ICD-9 es una clasificación estadística y no una nosología, por lo que intenta ser totalmente inclusiva. El conflicto entre la necesaria evolución de la nosología y la exhaustividad y estabilidad de un manual estadístico estandarizado hace que estas dos clasificaciones no puedan ser idénticas.

Nuevas aportaciones del DSM-III

La inclusión de *criterios específicos* es una de las innovaciones del DSM-III, con ello se pretende mejorar los bajos niveles de fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Estos criterios se ofrecen como una guía útil para el diagnóstico, puesto que está demostrado que su empleo aumenta el grado de acuerdo de los clínicos. Sin embargo, hay que tener presente que la mayoría de los diagnósticos se basan sólo en juicios clínicos que todavía no han sido validados por completo.

Otra de las aportaciones es la *evaluación multiaxial*, que permite recoger información sobre factores biológicos, psicológicos y sociales, asegurando que la atención se centre también en ciertos tipos de trastornos, aspectos ambientales y en áreas de funcionamiento que pasarían por alto si se focalizara el diagnóstico en un solo parámetro, resultando así una mayor comprensión de la complejidad del paciente.

La valoración multiaxial se realiza a través de cinco ejes. El eje I y II incluyen todos los trastornos mentales, pudiendo ser los diagnósticos múltiples en ambos ejes. En el eje III se registran los trastornos y estados somáticos potencialmente importantes para la comprensión o el tratamiento del sujeto. Los tres primeros ejes constituyen el diagnóstico oficial. Los ejes IV y V (stress psicosocial y nivel de adaptación previo) son útiles para decidir el tratamiento y predecir la evolución.

Otra de las innovaciones del DSM-III es la *aproximación descriptiva* del diagnóstico. Dada la falta de conocimientos respecto a la etiología y patogenia de muchos trastornos mentales, se decidió clasificarlos en base a las características clínicas observables, incluyendo signos y síntomas psicopatológicos y la duración o curso del trastorno. Sólo

en los casos donde hay un factor orgánico conocido y relacionado etiológicamente con el trastorno mental, la clasificación se basó en la etiología.

La mayor justificación para este enfoque ateorico adoptado con respecto a la etiología, reside en que la inclusión de diferentes teorías causales podría resultar un obstáculo para los clínicos de distintas orientaciones. En cualquier caso, y como han demostrado los ensayos de campo, éstos pueden estar de acuerdo en la identificación de los trastornos mentales en base a sus manifestaciones clínicas sin estar necesariamente de acuerdo en los mecanismos que los provocan. En base a esta aproximación ateorica no se ha considerado la clásica distinción entre psicosis y neurosis, ya que el concepto de neurosis tiene unas connotaciones psicoanalíticas que harían la clasificación menos aceptable por los clínicos de otras orientaciones. De forma similar no se han agrupado todos los trastornos psicóticos juntos, tal como hace la ICD-9. Por ejemplo, los trastornos mentales orgánicos y los trastornos afectivos mayores no son por definición considerados como psicosis. La presencia de rasgos psicóticos —alucinaciones, delirios— se indica en una subcategoría.

Lugar de las toxicomanías no alcohólicas en el DSM-III

Si repasamos la conceptualización que las toxicomanías han tenido en las anteriores ediciones del manual diagnóstico y estadístico, comprobaremos que se han producido sustanciales modificaciones.

Así, en el DSM-I (1952), el alcoholismo y las toxicomanías eran consideradas «subcategorías dentro de una subcategoría», incluyéndose entre los *desórdenes de la personalidad* en el apartado de *perturbaciones sociopáticas*, al lado, por ejemplo, de las desviaciones sexuales.

En esta clasificación el diagnóstico exigía la exclusión de cualquier otra patología psiquiátrica, no pudiendo por tanto, realizarse diagnósticos múltiples.

Más tarde el DSM-II (1968) clasificaba el alcoholismo y las toxicomanías en el apartado de *otros trastornos mentales no psicóticos* adquiriendo, a diferencia de la anterior edición, una categorización igual a la de los *desórdenes de la personalidad*. Otra novedad introducida era la posibilidad de efectuar diagnósticos múltiples, considerando los dis-

tintos trastornos como coexistentes o independientes.

El DSM-III (1980), incorpora una categoría diagnóstica específica y separada del resto para los *trastornos por uso de sustancias*, dejando de lado consideraciones sobre si se trata de trastornos de la personalidad o no psicóticos, a diferencia de la anterior edición.

Como vemos (cuadros 1 y 2), existen sustancias sólo susceptibles de originar *abuso* y otras exclusivamente *dependencia*, generando —siempre según el DSM-III— el resto, bien abuso, bien dependencia.

CUADRO 1

| | |
|---------------|----------------------|
| Barbitúricos: | Abuso Dependencia |
| Opiáceos: | Abuso Dependencia |
| Cocaína: | Abuso |
| Anfetaminas: | Abuso Dependencia |
| PCP: | Abuso |
| Alucinógenos: | Abuso |
| Cannabis: | Abuso Dependencia |
| Tabaco: | Dependencia |

CUADRO 2

| | |
|----------------------|---|
| DEPENDENCIA + ABUSO: | Barbitúricos Opiáceos Anfetaminas Cannabis |
| ABUSO: | PCP Cocaína Alucinógenos |
| DEPENDENCIA: | Tabaco |

Los criterios para realizar el *diagnóstico de abuso* son:

1. Existencia de un patrón patológico de uso. Este es específico para cada sustancia.
2. Como consecuencia de ese consumo, debe producirse un deterioro de la actividad social o laboral.
3. El trastorno se mantiene más de un mes.

La *dependencia* exige para su diagnóstico la presencia de fenómenos de tolerancia o de abstinencia, requiriéndose además para la dependencia a la cannabis las condiciones exigibles para el abuso.

Hay que señalar también que cuando existe un uso de múltiples sustancias tóxicas debe realizarse un *diagnóstico múltiple*, si

bien existen algunas categorías concretas, donde pueden agruparse las diferentes combinaciones de consumo de sustancias tóxicas.

El diagnóstico debe registrarse específicamente y no realizarlo respecto al grupo farmacológico de pertenencia. (Ejemplo: debería registrarse: Dep. a la heroína, en lugar de Dep. a los opiáceos.)

Existe además (incluyendo un quinto dígito) la posibilidad de subclasificar el curso, completándose cuatro subtipos: continuo, episódico, en remisión o sin especificar. Los códigos diagnósticos son los mismos que los existentes en la ICD-9.

Debemos tener en cuenta que al realizar el diagnóstico de abuso o dependencia, tan sólo incluimos los cambios de conducta desadaptativos asociados al uso, más o menos regular, de sustancias que afectan al SNC. Debemos por tanto distinguirlos de los efectos directos que dichas sustancias ocasionan sobre el SNC. Estos efectos directos —agudos o crónicos— se clasifican en el apartado de *Trastornos Mentales Orgánicos*, dentro del subgrupo de *trastornos mentales orgánicos por consumo de sustancias tóxicas*. Ambos aspectos —por un lado el uso patológico y por otro el efecto correspondiente sobre el SNC— van casi invariablemente unidos, por cuanto deberán diagnosticarse simultáneamente en el eje correspondiente. Ejemplo: Síndrome de abstinencia a la heroína; dependencia a la heroína, tipo continuo.

Los trastornos mentales orgánicos que el DSM-III contempla se detallan a continuación (cuadro 3), incluyéndose una nueva sustancia, además de las que antes señalábamos para el abuso.

Algunos comentarios críticos

Lo que nos ha sorprendido al revisar la literatura publicada acerca de estos temas es la inexistencia, hasta el momento de referencias. Es prácticamente imposible hallar bibliografía que indique la discusión o el análisis de estos apartados del DSM-III, a diferencia de la atención prestada, por ejemplo, a los trastornos esquizofrénicos, delirantes o afectivos.

En los últimos cinco años no existe ninguna referencia que pueda indicar el «impacto» del DSM-III en los profesionales del campo de las drogodependencias, en revistas tan prestigiosas como *Archives of General Psychiatry*, *The British Journal of Psychiatry* o

CUADRO 3
Trastornos mentales orgánicos

| | |
|---------------|--|
| BARBITURICOS: | Intoxicación Abstinencia Delirium por abstinencia Trastorno amnésico |
| OPIACEOS: | Intoxicación Abstinencia |
| COCAINA: | Intoxicación |
| ANFETAMINAS: | Intoxicación Abstinencia Delirium por abstinencia Trastorno delirante |
| FENCICLIDINA: | Intoxicación Delirium Trastorno orgánico mixto |
| ALUCINOGENOS: | Alucinosis Trastorno delirante Trastorno afectivo |
| CANNABIS: | Intoxicación Trastorno delirante |
| TABACO: | Abstinencia |
| CAFEÍNA: | Intoxicación |

The American Journal of Psychiatry. Esto puede servir como indicador del reducido uso que posiblemente se realiza, manteniéndose el frecuente hábito de usar términos, en ocasiones tan imprecisos como adicción, toxicomanías, etcétera...

Curiosamente, una de las pocas referencias (11) que hemos podido obtener y que muestran su aplicación, discusión e incluso el reflejo de la posible utilidad en cuanto a indicaciones terapéuticas se ha producido en nuestro país.

Además de ésta, sólo hemos hallado observaciones y comentarios de SPITZER, R. (Presidente del Comité de Intervención en Nomenclatura y Estadística) en un volumen colectivo (5). Este capítulo posee, por ello, la importancia de estar realizado por uno de los máximos responsables de la definitiva redacción del DSM-III.

Entre las reflexiones que dicho autor realiza se encuentra la pertinencia o no del empleo del término *abuso de sustancias*. Previamente y en todos los borradores se había hablado de *abuso de drogas*. Sin explicar el porqué del cambio, adelanta, este autor, que en posteriores ediciones podría incluirse aquí a la obesidad, entendiéndola como el resultado de un «abuso de alimentos».

De darse tal inclusión, resultaría doblemente absurda, ya que, no se dan los efectos

directos de la sustancia sobre el SNC y además no se producen, en la mayoría de los casos procesos desadaptativos, sociales o laborales como consecuencia de un «abuso» de alimentos.

Otro de los aspectos que han provocado controversias ha sido el de la *dependencia a la cannabis*. Para los autores, no existe sintomatología de abstinencia, pero parece estar bien documentada la tolerancia, razón por la que se ha realizado esta *excepción*, al exigir, para el diagnóstico de la dependencia, junto con la tolerancia, un patrón de uso patológico.

Comentario especial nos merece el *tratamiento* prestado a la cocaína. A nuestro entender el DSM-III recoge todos los mitos acerca de la supuesta inocuidad de esta sustancia. Todo el rigor exigido para la cannabis, con el fin de considerarla sustancia capaz de originar dependencia, *desaparece al considerar a la cocaína*. Así, la *dependencia a la cocaína*, contemplada y admitida en la ICD-9, desaparece aquí inmotivadamente.

Sorprende leer que «*la exclusión de la dependencia a la cocaína fue más un artefacto producido por el elevado coste de la droga, como por una disminución del potencial adictivo per-se. Debería incluirse, si fuera más disponible y menos cara, en un futuro DSM-IV*». (5)

Se ignora además que existen diferentes modalidades de consumo de cocaína, siendo algunas de ellas, como el consumo de pasta de coca o también el de «free-base», capaces de provocar una dependencia similar o incluso superior, en algunos sujetos a la de la heroína.

Como SPITZER, R. apunta, el menor coste, y por consiguiente, la mayor accesibilidad justificarán la adopción en futuras ediciones de la *dependencia a la cocaína* como una categoría diagnóstica más. Creemos que dicho apartado podría ya utilizarse, al haberse disminuido el precio, facilitándose el acceso, como resultado de la saturación del mercado norteamericano, fenómeno ya pronosticado tiempo atrás, por algunos autores.

Una novedad significativa ha sido la exclusión de ciertos términos, habitualmente utilizados, pero también, con mucha frecuencia cuestionados (8). Tal es el caso de términos como *dependencia psíquica* o *psicológica* o *deseo compulsivo*.

El concepto de dependencia psíquica debía necesariamente desaparecer del DSM-III puesto que siempre se había usado, bien complementando, o bien en contraposición a

la dependencia física. Al encontrarse ésta ausente del vocabulario del DSM-III, no tendría sentido mantener aquélla. Además el uso de este término conllevaría necesariamente la hipótesis de que dicha modalidad de dependencia no posee un sustrato biológico, aspecto éste muy discutible (8) y en el que los autores han preferido no profundizar.

Respecto a la supresión del término *deseo compulsivo*, las razones para su exclusión han sido, fundamentalmente, la dificultad de su precisión, ya que, ¿cómo puede medirse de modo objetivo el deseo de alguien por consumir una sustancia?, ¿cómo discriminar objetivamente, en el consumo de sustancias psicoactivas, lo que es un impulso, de una compulsión?

En cuanto al amplio capítulo que el DSM-III dedica a los *trastornos mentales orgánicos* inducidos o provocados por sustancias tóxicas, existen algunos aspectos que merecen nuestro comentario (cuadro 3).

Nos parece errónea la exigencia como criterio para diagnosticar un *delirium por abstinencia de barbitúricos*, el que las manifestaciones de abstinencia se produzcan una semana después de abandonar o reducir la ingesta. Cualquier clínico experimentado conoce que los primeros signos de abstinencia pueden aparecer al día siguiente del cese del consumo, pudiendo producirse convulsiones a las 48-72 horas, y no siendo extraño que el delirio se instaure a partir del 3.º-4.º día (4).

Tampoco se contempla —y aquí vuelve a reproducirse la distinta actitud adoptada respecto a la cannabis— la posibilidad de que un consumo de cocaína, más o menos prolongado, origine trastornos psicóticos, perfectamente documentado en nuestros días (9). Se admite por los autores, que puedan darse trastornos paranoides, pero tan sólo como consecuencia de una intoxicación aguda y remitiendo éstos en 24 horas.

La ausencia de un trastorno afectivo provocado por las anfetaminas u otros simpaticomiméticos (en especial, la cocaína) también nos ha parecido injustificada, al ser los cuadros depresivos, la forma clínica más habitual de manifestarse la abstinencia por anfetaminas.

Por el contrario, no resulta frecuente la aparición como resultado de una abstinencia de anfetaminas, de un *delirium*, categoría diagnóstica que sí se recoge, según nuestra experiencia, sin excesivo fundamento clínico.

La ausencia de un apartado donde pudieran incluirse los fenómenos recurrentes

(«flashbacks») que en algunos sujetos se producen tras el consumo de alucinógenos, es otra de las carencias que pensamos, en futuras ocasiones, podrían modificarse.

Para concluir, la inclusión de un *trastorno delirante por cannabis* que se desarrolla en las 2 a 6 horas que siguen a su consumo nos parece desacertada. Los autores no han querido admitir un trastorno delirante como resultado del consumo continuado de derivados del cannabis, cuadro aceptado cada vez más por los clínicos, y han creado una categoría que no es sino una manifestación más prolongada en el tiempo (1) de un fenómeno de intoxicación.

Además, al exigir que los trastornos no pueden prolongarse más de 6 horas, indirectamente, se ha supuesto que el cannabis, tan sólo puede ser fumado, cuando bien es sabido que si se ingiere por vía oral, los efectos pueden fácilmente prolongarse hasta 12 horas.

Conclusiones

El propósito del DSM-III es aportar descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a clínicos e investigadores la realización de diagnósticos, la comunicación de información y el estudio y tratamiento de los distintos trastornos mentales.

Como en un anterior trabajo, uno de nosotros apuntaba (7), el DSM-III supone un importante avance en la nosología psiquiátrica; ello en la actualidad suscita amplios debates acerca de sus ventajas y límites. Los anteriores comentarios pretenden, por un lado, dar a conocer su existencia, describiendo someramente su uso, así como señalar algunas limitaciones o aspectos que nos han parecido desacertados.

En cualquier caso, pensamos que en el campo de las drogodependencias, el DSM-III supone un progreso considerable que, de ser utilizado por la mayoría de profesionales,

conllevaría el necesario abandono de una terminología, que en muchas ocasiones carece del suficiente rigor científico y se presta a múltiples interpretaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. AIZPURI DIAZ, J. (1980): «Situación actual del problema del cannabis: Psicosis cannábicas, diagnóstico y tratamiento.» *VIII Jornadas nacionales de Sociodrogalcohol*, Gandía (Valencia).
2. APA (1983): *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson ed., Barcelona.
3. HOENIG, J. (1981): «Nosology and Statistica Classification.» *Can. J. Psychiatry*, 26, 240-3.
4. KHANTZIAN, E. J.; MCKENNA, G. J. (1979): «Acute Toxic and Withdrawal Reactions Associated with Drug use and Abuse.» *Ann. Int. Med.*, 90, 361-372.
5. KUEHNLE, J.; SPITZER, R. (1981): DSM-III Classification of Substance Abuse Disorders, en: LOWINSON, J. H.; RUIZ, P. (1981): *Substance Abuse. Clinical Problems and perspectives* Williams & Wilkins ed. Baltimore.
6. MCLELLAN, A. T.; WOODY, G. E.; O'BRIEN, C. P. (1979): «Development of psychiatric illness in drug abusers.» *New England Journal of Medicine*, 301, 1310-4.
7. MONTERO PIÑAR, I.; SANJUAN ARIAS, J.; FRADES GARCIA, B. (1985): «La utilización del DSM-III en un Servicio de consulta psiquiátrica interdepartamental.» *Anales de psiquiatría*, 1, 74-80.
8. NAHAS, G. (1983): «Drogue, plaisir et dépendance.» *Rev. Méd. Toulouse*, 19, 73-80.
9. POST, R. M.: «Cocaine Psychoses: A Continuum Model.» *Am. J. Psychiat.*, 132, 225-31.
10. SKODOL, A. E.; SPITZER, R. L. (1982): «DSM-III: rationale, basic concepts, and some differences from ICD-9.» *Acta. psychiat. scand.*, 66, 271-81.
11. SOLE, A.; et al. (1984): «Utilització de criteris diagnòstics en toxicomanies.» *II Jornadas de Toxicomanías del Colegio de Psicólogos de Barcelona*.
12. THOMPSON, J. W.; GREEN, D.; SAVITT, H. L. (1983): «Preliminary Report on a Crosswalk From DSM-III to ICD-9-CM.» *Am. J. Psychiatry*, 140, 176-80.
13. ZIGMOND, A. S.; SIMS, A. C. (1983): «The Effect of the Use of the International Classification of Diseases 9th Revision: Upon Hospital in-Patient Diagnoses.» *Brit. J. Psychiat.*, 142, 409-13.